

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

No

402

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe MUNIER

Né le 28 Novembre 1904, à REIMS (Marne)

Etude critique
de la duodénosphinctérectomie
antérieure dans le
traitement des ulcères du pylore

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEUR
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 2^e

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

FOUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe MUNIER

Né le 28 Novembre 1904, à REIMS (Marne)

Etude critique de la duodénosphinctérectomie antérieure dans le traitement des ulcères du pylore

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE
Physique médicale	Léon BINET
Chimie médicale	STROHL
Bactériologie	POLONOVSKI
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEB&
Pathologie médicale et générale	ERUMPT
Pathologie médicale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	ABRAMI
Anatomie pathologique	CHEVASSU
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPEL
Thérapeutique	TUFFNEAU
Hygiène et médecine préventive	HARVIER
Médecine légale	TANON
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZAR
	LAINEL
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEFER
	CAKNOT
	Marcel LABBE
	CLERC
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBERDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	SERGENT
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON
Clinique cardiologie	MATHIEU
	LAUBRY
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MCLOIN
	OLIVIER
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULLIN	Pathologie médicale.
BOULIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
FEY	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FUNCH	Urologie.
BRENTANO	
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.
GAUJARD	Parasitologie.
CHEVALLIER	Bactériologie.

MM.

DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
DE GENNES... ..	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hyg.ène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL.. ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LELONG	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.)..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECAILLE	} Clinique obstétricale
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé ...	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées, comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546311_0020

A MON PERE

Dont la vie et la dernière pensée furent pour moi. Sa vie fut toute de travail et de droiture. Il m'a légué le plus précieux des héritages : la conscience professionnelle.

In memoriam.

A MA GRAND'MERE

A MON GRAND-PERE

In memoriam.

A MA FEMME

A MA MERE

Qui a dû consentir les plus lourds
sacrifices pour mon établissement.

A MES CAMARADES DE SALLE DE GARDE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de la Salpêtrière

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence
de cette thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ JACQUINET

*Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine
Médecin honoraire des Hôpitaux de Reims
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui guida nos premiers pas dans la
carrière médicale.

Témoignage de profonde reconnais-
sance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI LARDENNOIS

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui m'a toujours témoigné la plus
amicale bienveillance et m'a guidé de
ses précieux conseils jusqu'à l'élabo-
ration de cette thèse.

Hommage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BILLARD

*Professeur de Pathologie externe
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui fut toujours pour nous un guide
bienveillant.

Hommage de notre respectueuse
amitié.

Etude critique de la duodénosphinctérectomie antérieure dans le traitement des ulcères du pylore

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses interventions proposées pour le traitement des ulcères gastro-duodénaux, la gastroentérostomie, simple ou accompagnant l'extirpation de l'ulcère, d'une part, la résection gastrique étendue aux 2/3 de l'estomac, d'autre part, cette dernière surtout, prévalent actuellement. Il s'y ajoute une méthode plus récente, dite de Judd, ou duodénosphinctérectomie antérieure, dont les partisans se font plus nombreux chaque jour.

Sans nous attarder sur l'évaluation des résultats selon la méthode employée, résultats éminemment variables suivant les auteurs, ce qui se conçoit aisément par la latitude laissée à l'appréciation personnelle, examinant successivement les critiques dont les deux méthodes classiques majeures sont l'objet, nous verrons que la méthode de Judd, que le Professeur GOSSET a fait connaître en France, et dont les résultats sont brillants, se justifie encore par ce que l'on sait du déterminisme de l'ulcère, ou plutôt des phénomènes qui l'entretiennent, et qui interviennent dans le cas de récurrence.

Enfin et surtout, nous présenterons quelques observations inédites qu'ont bien voulu nous communiquer nos maîtres des Hôpitaux de Reims, MM. les Professeurs Henri LARDENNOIS et Jean BILLARD. Et nous nous permettrons d'en dégager une conclusion, à seule fin de contribuer modestement à une plus large utilisation de la méthode en France.

LA GASTROENTEROSTOMIE ET LA RESECTION GASTRIQUE AVANTAGES ET INCONVENIENTS COMPARES DES DEUX METHODES

Pratiquée à l'origine pour les ulcères sténosants du pylore afin de rétablir le passage du chyme, la gastro-entérostomie vit progressivement ses indications étendues à tous les ulcères gastro-duodénaux ou presque, ceux du pylore et du duodénum comme ceux de la petite courbure. On tend actuellement à la réserver aux ulcères pyloriques et juxta-pyloriques.

Cependant, on s'aperçut vite que la persistance du passage pylorique était pour ainsi dire constante, et qu'inversement la bouche jéjunale, même perméable, était inefficace en fait. Souvent l'ulcère resté en place continuait d'évoluer. Ces constatations conduisirent à la pratique de l'extirpation de l'ulcère, soit par thermocautérisation à la Balfour, suivie d'enfouissement, soit par excision et suture des parois. Les partisans actuels de la technique lui associent presque toujours la gastro-entérostomie. Cette gastroentérostomie est

à peu près unanimement une anastomose transmésocolique postérieure à anse courte.

Lorsqu'on eût publié des cas d'ulcères multiples, lorsque, surtout, on se fut avisé qu'autour d'un ulcère visible à l'intervention, l'examen histologique de la pièce révèle de très nombreuses ulcérations microscopiques, lorsqu'enfin on eût fait des constatations analogues à distance du ou des ulcères majeurs, on proposa des mutilations de plus en plus considérables de l'estomac, allant notamment, dans l'espoir de supprimer un facteur indispensable de la récurrence, la sécrétion gastrique acide, jusqu'à l'ablation des trois quarts de l'estomac, dont on ne laissait subsister alors que la portion immédiatement voisine du cardia.

Quelle que soit la valeur de la méthode, quelles que soient, par ailleurs, les critiques à quoi elle s'expose, elle détrôna progressivement la gastroentérostomie, et au Congrès de Chirurgie de Varsovie, en 1929, ses partisans furent de beaucoup les plus nombreux, sinon les plus convaincus.

Les principaux arguments en faveur de l'une ou de l'autre méthode font intervenir la mortalité opératoire, les complications dues à l'ulcère resté en place, les récurrences d'ulcère, les résultats éloignés.

La mortalité opératoire par résection gastrique, étendue aux deux tiers de l'estomac, le plus souvent, après avoir été incomparablement supérieure à celle de la gastroentérostomie, s'est considérablement améliorée, et d'énorme est devenue peu importante, une grande pratique de l'intervention étant condition pour

la réduire. La gastroentérostomie est plus bénigne, avec une mortalité que l'on peut estimer à 2 % environ, tandis que la mortalité par résection, pour ulcères non compliqués, est d'au moins 5 %. La différence devient plus sensible encore, si l'on tient compte de ce que certains partisans de la résection préconisent la gastroentérostomie provisoire, lorsque l'état général du malade ne permet pas d'emblée la résection large. La mortalité par résection dans les cas d'ulcère calleux de la petite courbure est beaucoup plus importante encore, du fait d'adhérences étendues, mais ses partisans voient une raison de ne tenir compte d'aucun pourcentage de mortalité, dans le caractère selon eux à peu près constamment malin de la lésion, et dans la rapidité plus ou moins grande de son évolution fatale, si la résection n'est pas pratiquée.

Toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité serait donc bien un argument en faveur de la méthode conservatrice, c'est l'argument majeur de ses partisans.

Les complications dues à l'ulcère resté en place, pouvant donc survenir à la suite seulement de la gastroentérostomie simple, sont, essentiellement la dégénérescence maligne possible, accessoirement l'hémorragie et la perforation, plus rares. L'ulcéro-cancer, plus fréquent que la dégénérescence maligne secondaire, souvent mortel, donc plus important, est plus particulièrement mis en avant contre la méthode conservatrice.

La récurrence d'ulcère, l'ulcère peptique enfin, sont

beaucoup plus fréquents après gastroentérostomie, la résection les rendant à peu près impossibles par l'anachlorhydrie qu'elle détermine.

L'ensemble de ces faits, suffisants, disent les partisans de la résection, pour condamner la gastroentérostomie dans le traitement habituel des ulcères gastroduodénaux, pèse beaucoup plus lourd par la mortalité secondaire qui en résulte, que la différence même de la mortalité opératoire primitive, et n'est cependant qu'un côté de la question. Il y a encore, il y a surtout, les résultats fonctionnels.

Nous nous sommes interdits, dès le principe, d'entrer dans le détail des résultats éloignés par l'une ou par l'autre méthodes. Il suffira d'indiquer que les résultats fonctionnels de la résection semblent effectivement meilleurs, abstraction faite même des complications proprement dites, plus fréquentes après la gastroentérostomie.

L'anémie après résection semble, sinon exclusivement déduite de données physiologiques et expérimentales, du moins assez rare. La phase d'adaptation, nécessitant la multiplication des petits repas et le fractionnement de l'ingestion des liquides, accompagnée parfois de vomissements et de diarrhées, est brève le plus souvent. Les troubles subjectifs et objectifs disparaissent, l'état général s'améliore rapidement, et dans un pourcentage considérable des cas, le résultat fonctionnel est excellent.

Lorsque l'évacuation est troublée, il s'agit le plus souvent d'une augmentation de volume considérable

et prédominante d'un côté, en sorte que l'orifice gastro-jéjunal se trouve en position haute, donnant des troubles subjectifs, de l'aérophagie, des vomissements, tous troubles dont la gravité peut retentir sur l'état général. Le résultat fonctionnel est alors mauvais.

D'autres troubles pourraient être consécutifs à l'anachlorhydrie qui est rapidement totale, en l'espace de deux mois en moyenne, et au tarissement de la sécrétion peptique, plus long à se réaliser. Cette modification très importante de la sécrétion due à la suppression de l'antré et du pylore d'où partent, par voie sanguine sans doute, les principes excitant la sécrétion, ne semble pas, cependant être aussi génératrice de troubles digestifs qu'il serait permis de le supposer. Le reflux duodénal antipéristaltique enfin, est le plus souvent une découverte de l'examen radiologique, et rien ne permet de lui attribuer des troubles pouvant coexister.

Ces réserves faites, les résultats de la résection large semblent effectivement supérieurs à ceux de la méthode conservatrice. Après cette dernière intervention en effet, même dans les cas de résultats en somme favorables, ceux-ci ne supporteraient pas, dit-on, la comparaison avec ceux de la résection. Les opérés resteraient plus souvent des « gastriques », soumis à un régime quelquefois sévère; les douleurs, les pesanteurs, les digestions difficiles, l'hyperchlorhydrie ont souvent une cause rendue impossible par la résection et sont en tout cas plus fréquentes qu'après cette dernière.

Mais quelque relativement bons que soient les résultats de la résection gastrique, quelque supérieurs qu'ils puissent être à ceux de la gastro-entérostomie, la méthode n'en consiste pas moins en une véritable mutilation pour une lésion le plus souvent peu étendue, et semble exagérée par la disproportion entre la cause et l'effet. Empirique et brutale, elle ne satisfait pas l'esprit, et s'il est vrai que la méthode de Judd est plus étiologique, efficace autant ou plus que toute autre, si enfin la mortalité y est minime, nul doute qu'elle soit la méthode de choix dans les limites de ses indications, c'est-à-dire essentiellement dans tous les cas d'ulcère récent, lorsque le duodénum sera bien mobilisable.

II

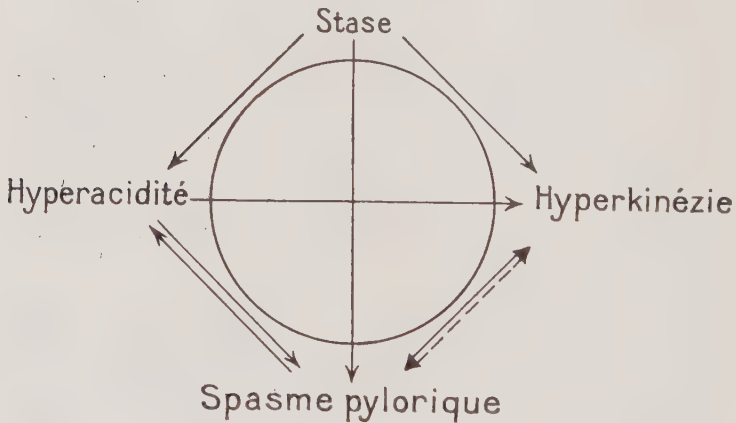
QUELQUES DONNEES PHYSIO-PATHOLOGIQUES DANS L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

Pour trouver une explication plausible de la genèse de l'ulcère, force nous est de recourir aux hypothèses, et dès le principe de poser l'axiome, que des phénomènes pathologiques observés dans la maladie, l'un ou l'autre est d'apparition primitive, et responsable de l'ensemble de l'évolution. Parmi ces phénomènes pathologiques, les symptômes objectifs, stase et hyperacidité, hyperkinésie et spasme, d'une part, la lésion anatomique, l'ulcère, d'autre part, apparaissent comme les éléments essentiels de l'affection, et s'avèrent étroitement liés entre eux, tant et si bien qu'il est impossible de les supposer isolés, si ce n'est par vue de l'esprit.

L'hyperacidité ne semble pas pouvoir être primitive, elle résulte de la stase le plus souvent, et nous verrons plus loin que la sécrétion acide dépend également du pylore. Il est inutile d'insister sur la possibilité, qui est banale, d'une stase primitive. L'hyperkinésie, dont le spasme n'est qu'un degré avancé,

peut être primitive dans un syndrome gastrique, et reconnaître une cause nerveuse : rupture en faveur du sympathique, de l'équilibre vago-sympathique. C'est ainsi que dans l'expérience sur l'animal, l'atropine en injection sous-cutanée est suivie d'un spasme pylorique qui cède à la section des splanchniques, après quoi des doses même fortes sont inactives. Inversement, la vagotomie ralentit l'évacuation de l'estomac, qui devient trois ou quatre fois plus longue, ce qui ne peut s'expliquer que par l'hyperkinésie, le spasme, dû à l'action non freinée du sympathique.

Pour éviter l'énumération fastidieuse de la façon dont chacun des trois facteurs en présence peut être déterminé et déterminant, qu'il soit permis de le résumer dans le schéma suivant :



Quatre des flèches indiquant une relation de cause à effet se passent de commentaires, comme font les pointillés entre hyperkinésie et spasme, mais les relations réciproques indiquées entre le spasme pylorique et l'hyperacidité valent d'être prises en considération, d'abord pour ce qu'elles sont contraires à des notions classiques, mais encore et surtout pour ce qu'elles intéressent éminemment l'ulcère, qu'elles en soient, d'ailleurs, la cause ou non. Elles intéressent, enfin, parce que l'hyperacidité et le spasme sont les bases physiologiques respectives de la résection gastrique et de la duodéno-sphinctérectomie antérieure.

III

LE SPASME PYLORIQUE ET L'HYPERACIDITE

On admet que sur le versant gastrique, le contact du chyme acide détermine l'ouverture, que sur le versant duodénal il détermine la fermeture du pylore, et la coexistence des deux phénomènes, fréquente en pathologie gastrique, constante dans la maladie ulcéreuse, ne peut s'expliquer qu'en admettant la prépondérance du deuxième réflexe. Ainsi s'expliquerait la fermeture du pylore jusqu'à neutralisation du chyme, neutralisation qui est ralentie dans le cas d'hyperacidité. Lorsque cette contraction du pylore devient un spasme, lorsque l'évacuation de l'estomac est ainsi ralentie, la stase tend à renforcer le processus pathologique, directement par stimulation musculaire, indirectement par stimulation de la sécrétion acide.

Enfin, le pylore intervient directement sur la sécrétion. Comme il a déjà été indiqué ci-dessus, l'estomac anachlorhydrique après résection, l'est par absence du pylore qui semble avoir une fonction hormonale et régir par voie sanguine la sécrétion acide des

glandes fundiques. C'est ainsi qu'un tel estomac sécrète normalement si l'on fait une piqûre d'histamine. On ne sait pas si l'ablation partielle du sphincter pylorique ou même plus simplement la division, la section des fibres circulaires, déterminent la réduction de l'acidité gastrique par simple accélération de l'évacuation, par reflux biliaire à travers le pylore entrebâillé, ou bien par action directe sur la sécrétion. Quoi qu'il en soit, ces pratiques ont expérimentalement pour effet une diminution de l'acidité, et démontrent, elles aussi, l'étroitesse des relations entre le spasme du pylore et l'hyperacidité.

IV

L'ULCERE

Nous nous trouvons ainsi en présence de phénomènes pathologiques dont le rôle dans la naissance de l'ulcère lui-même n'est pas démontré; mais que survienne un micro-traumatisme, que rien n'empêche de considérer comme possible ou même fréquent dans les conditions normales, la réparation en sera empêchée, dans une muqueuse déjà pathologique, par l'hyperacidité, la digestion peptique, et la lésion anatomique complète se constitue, renforçant peut-être le spasme par une contracture de défense.

La localisation à peu près constante de l'ulcère, au pylore ou dans son voisinage, sur l'antra ou sur la première portion du duodénum, peut très bien s'expliquer par ce que le traumatisme initial, en raison de la fermeture complète, à ce niveau, de la lumière digestive pendant la contraction, aura plus de chances de se produire là où le contact de la muqueuse est obligatoirement intime avec les corps susceptibles de la blesser.

En ce qui concerne l'ulcère du duodénum, il convient d'insister sur la localisation sur la face anté-

rieure, où la méthode de Judd trouve plus particulièrement son indication.

Il est démontré qu'en règle générale le chyme sous pression, à la sortie de l'orifice rétréci du pylore, est lancé en un véritable jet sur le point de la face antérieure de la première portion du duodénum qui, précisément, se trouve être, le plus fréquemment, le siège de l'ulcère ou même d'une simple duodénite chez des malades opérés pour un syndrome d'ulcus duodénal.

V

ESSAI DE SYNTHÈSE

Les facteurs impondérables, tels que le genre de vie, l'hygiène alimentaire, la constitution organique et nerveuse du sujet, jouent sans aucun doute un rôle considérable, qui ne s'exerce pas nécessairement en déterminant une stase ou un spasme proprement primitifs. Un exemple éloquent en est donné par le rôle expérimental de l'anoxémie sur l'évacuation de l'estomac, dont la durée est plus que triplée chez des chiens maintenus dans une pression atmosphérique correspondant à une altitude de 2600 mètres.

Mais en définitive, du point de vue étiologique, deux facteurs sont à retenir, la stase et le spasme, l'hyperacidité secondaire étant plus directement responsable de l'ulcère lui-même. Il est impossible d'incriminer péremptoirement l'un de ces facteurs à l'exclusion de l'autre, et même d'attribuer certains cas à la stase, d'autres au spasme. Il s'en faut de beaucoup que la question soit si simple. La plupart des estomacs dilatés, la plupart des hyperacidités, la plupart des sympathicotonies, n'aboutissent pas à la maladie ulcéreuse. Il faut se contenter d'admettre

que ces deux facteurs sont nécessaires et qu'ils peuvent être suffisants pour constituer le cercle vicieux et faire progresser la maladie.

La question devient beaucoup plus simple lorsqu'on quitte l'étiologie pour aborder le traitement qu'elle commande. Le spasme pylorique, qu'il soit primitif ou secondaire, reste le facteur dominant, sa suppression apparaît comme une condition du succès, et sa persistance semble responsable en grande partie des récidives et de certaines complications après gastroentérostomie, comme de la médiocrité fréquente de ses résultats.

Certaines interventions faites dans cet esprit n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Les résultats de l'énervation gastrique l'ont fait abandonner, et elle ne présente plus qu'un intérêt historique. Dès 1882, LORETA pratiquait la dilatation digitale du pylore. Dès les débuts de la gastroentérostomie, HEINEKE, puis MIKULIEZ, en 1886 et 1887, divisaient le pylore parallèlement à la lumière digestive, puis fermaient transversalement les incisions.

En 1919, HORSLEY modifiait le procédé de Heineke-Mikuliez, et faisait sur le côté gastrique une incision deux fois plus longue que sur le côté duodénal, puis fermait transversalement. Les résultats de ces opérations étaient insuffisants, encore que le principe fût bon. En revanche, la gastro-duodénostomie par anastomose circulaire de PÉAN donnait fréquemment des sténoses cicatricielles. Intermédiaire entre les simples pyloroplasties et la gastro-duodénostomie circulai-

re, la duodénosphinctérectomie antérieure procède de résections d'abord timides, puis plus importantes d'une partie du sphincter. Etendue à la moitié antérieure du pylore ou à ses deux tiers, elle supprime radicalement la lésion, sans être pour cela une intervention mutilante.

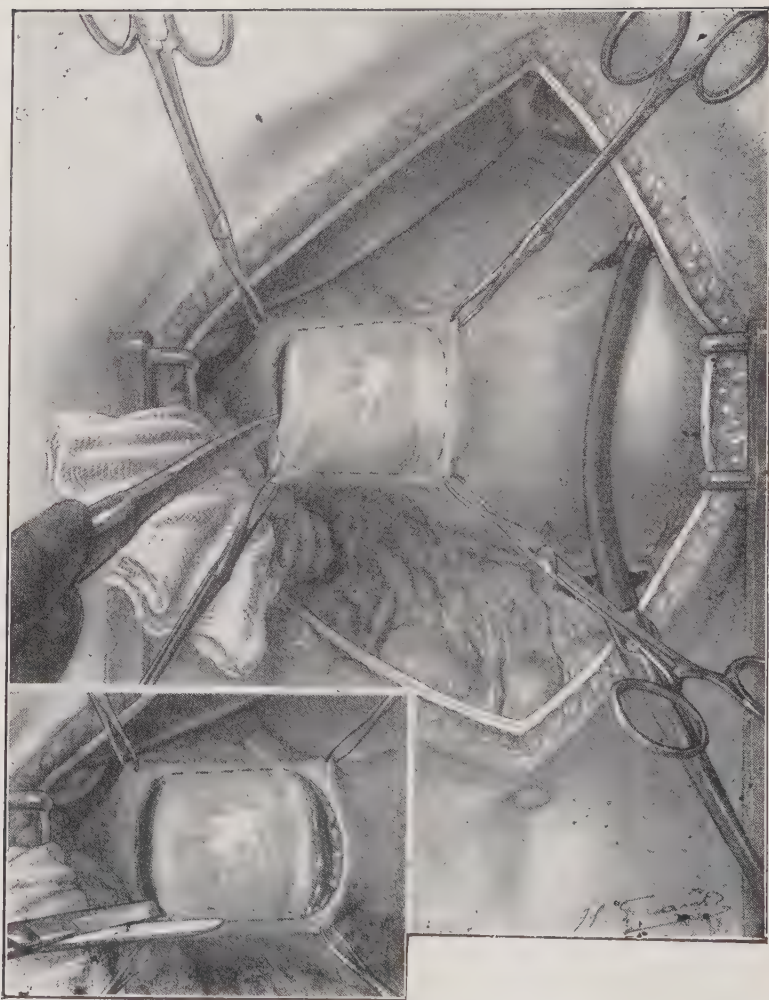
VI

TECHNIQUE DE LA DUODENO-SPHINCTERECTOMIE ANTERIEURE

(A. GOSSET et G. LOEWY, *Journal de Chirurgie*, n° 5, novembre 1932).

L'opération que nous conseillons est, finalement, une excision combinée duodénale et sphinctérienne; elle consiste à réséquer la paroi antérieure du bulbe duodénal avec les deux tiers antérieurs du sphincter pylorique et à réunir par une suture médiane verticale les bords latéraux de la brèche transversale. Pour que cette résection puisse être pratiquée, il faut que le duodénum soit mobile ou mobilisable ; toutes les fois que le duodénum sera fixé par des adhérences inflammatoires, qu'il sera profond ou peu accessible, que l'ulcère se trouvera près des bords supérieur ou inférieur, l'excision deviendra difficile et ne pourra être pratiquée avec sécurité.

La région pyloro-duodénale est d'abord isolée et mobilisée. Il faut que le duodénum « vienne bien ». Un clamp à mors élastiques, caoutchoutés, est placé



(D'après GOSSET et LÉWY. *Journal de Chirurgie*, novembre 1932.)

Duodénectomie antérieure. Paroi antérieure duodéno-pylorique
étalée par la traction de quatre pinces à dents de souris.

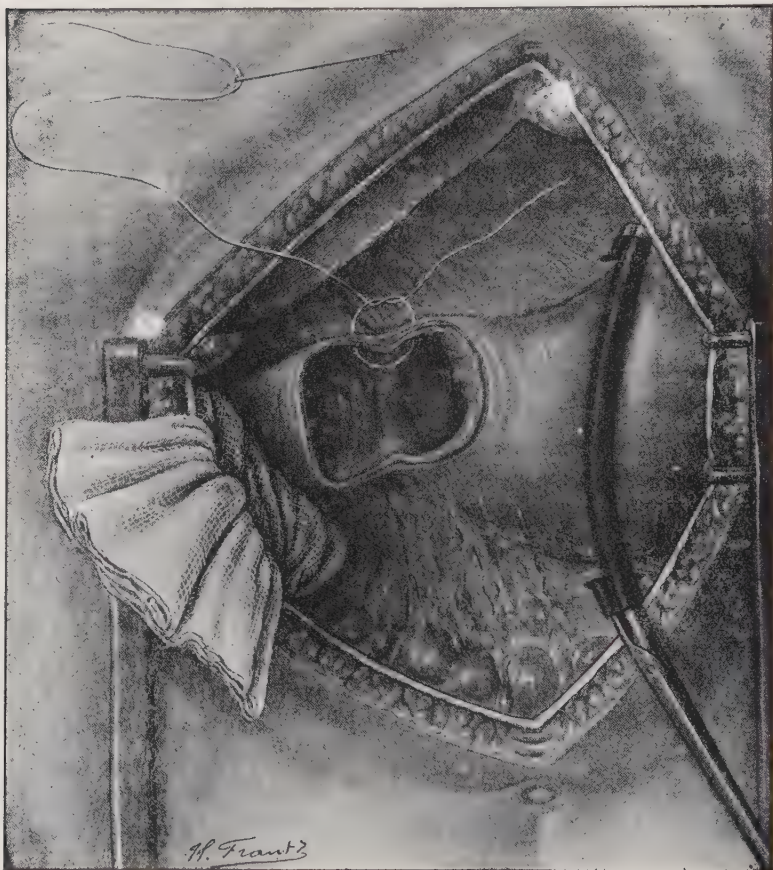
Tracé des incisions.

sur l'estomac à trois travers de doigts du pylore ; une grande compresse tassée contre la face antérieure de la deuxième portion duodénale empêchera le reflux des liquides duodénaux.

Des pinces à dents de souris sont placées aux bords supérieur et inférieur du segment gastro-duodénal, de part et d'autre du pylore, de façon à étaler et à tendre la paroi antérieure du bulbe duodénal et la région pylorique en une surface plane, quadrilatère, sur laquelle sera facilité le tracé des incisions. La duodénectomie s'étend à toute cette paroi antérieure étalée, l'excision dépassant plus du côté duodénal que du côté gastrique. Les incisions verticales parallèles, à 3 centimètres à droite et à 2 centimètres à gauche du pylore, sont d'abord pratiquées : l'incision duodénale, effectuée la première, traverse toutes les parois et pénètre dans la lumière intestinale ; l'incision gastrique est tracée de la même façon à gauche du pylore. Les angles supérieurs et inférieurs de ces deux brèches verticales sont alors réunis aux ciseaux par deux incisions transversales parallèles, à peu de distance respectivement de la petite et de la grande courbure. Ces sections transversales saignent assez abondamment si l'on n'a pris soin de placer sur les vaisseaux sphinctériens, aux bords supérieurs et inférieurs du pylore, de petites pinces de KOCHER. Tous les points qui saignent sont liés par des catguts fins.

Une vaste brèche quadrilatère est ainsi obtenue. Dans le fond, on voit la moitié ou le tiers postérieur

du sphincter avec, de chaque côté, les ouvertures des cavités gastrique et duodénale. L'inspection de la



(D'après GOSSET et LÉWY. *Journal de Chirurgie*, novembre 1932.)
La large brèche et le premier point fermant son angle supérieur.

paroi duodénale postérieure est facile ; elle a permis de déceler dans quelques cas l'existence d'un

ulcère postérieur, cet ulcère habituellement si difficile à bien voir, et il sera aisé, par la large voie d'accès créée, de le cautériser ou de l'enfouir.

La réunion de la plaie gastro-duodénale est faite avec un soin particulier aux angles supérieur et inférieur ; deux points séparés à la soie fine 0 sont d'abord placés sur les tissus profonds, séro-musculaires, à la partie supérieure, accolant dans l'angle les surfaces sereuses, gastrique et duodénale, puis deux points séparés de catgut noués en avant rapprochent au même niveau les muqueuses. Un surjet de catgut fin (20 jours) est commencé à l'angle supérieur de la brèche et mené jusqu'à l'angle inférieur. Au-dessus de ce surjet total est placé un surjet séro-séreux enfouissant de soie ou de catgut fin. Enfin, l'épiploon est amené au-devant de la ligne de suture et fixé par quelques points séparés.

VII

VALEUR PRATIQUE DE LA DUODENO-SPHINCTERECTOMIE ANTERIEURE

De même que nous avons passé rapidement sur les résultats de la gastroentérostomie et de la résection gastrique large, nous ne confronterons pas ici les différents auteurs et leurs statistiques, pour la raison inverse. Tandis qu'en effet, la comparaison du témoignage en faveur de la méthode conservatrice par gastro-jéjunostomie et de la méthode dite radicale par les uns et brutale par les autres, est décevante par la discordance, ici au contraire, tous les avis concordent parfaitement sur ces points capitaux :

La duodéno-sphinctérectomie antérieure est bénigne, avec une mortalité immédiate inférieure à 5 pour 1000 c'est-à-dire beaucoup plus basse encore que celle de la gastroentérostomie.

La cicatrisation se fait avec une rapidité étonnante, et respecte toujours un large passage pylorique.

La récurrence d'ulcère est si rare, qu'il est permis de la chiffrer par 1 % alors qu'elle est sans doute de 3 % après gastroentérostomie.

Les résultats fonctionnels, par la qualité et par la quantité, semblent dépasser les évaluations les plus optimistes de ceux des autres méthodes. Le succès est complet dans 90 % des cas. Les 8 % de cas considérés comme des échecs par les auteurs de la méthode, tiennent tous à la formation d'adhérences entre la cicatrice et les organes avoisinants, et ne sont pas, partant, irrémédiables.

Sans doute les excellents résultats s'expliquent-ils en partie par les limites de l'indication de la méthode. Mais dans le cas par exemple de l'ulcère du duodénum, considéré par le Professeur GOSSET comme l'indication élective de la duodéno-sphinctérectomie antérieure, la mortalité par résection est plus grande que dans d'autres, et la gastroentérostomie n'est pas plus efficace. Les indications de la duodéno-sphinctérectomie ne sont donc pas, on le voit par cet exemple, limitées à celles où les résultats des autres méthodes seraient aussi bons.

Les limites de ces indications sont d'ailleurs peu précises. L'une d'elle tient à la technique même, et est indiscutable : il faut que la première portion du duodénum soit bien mobilisable. Quant aux limites par la localisation de l'ulcère, il semble qu'elles doivent être arrêtées par l'usage, et qu'elles ne le soient pas encore, mais il semble également qu'on puisse dès à présent les étendre bien au-delà du seul ulcère de la

face antérieure de la première portion du duodénum, à tous les ulcères pyloriques au moins, et aux juxta-pyloriques quels qu'ils soient, sur le versant gastrique. Il suffit de les enfouir s'ils ne sont pas compris dans la pièce réséquée.

VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Monsieur R. V..., âgé de trente-cinq ans est venu à la consultation de l'hôpital en août mil neuf cent trente-deux.

Il se plaint de douleurs gastriques depuis trois ans, douleurs survenant environ 2 heures après les repas. Il a suivi un traitement médical qui ne l'a guère amélioré.

L'examen radiologique montre seulement une déformation du bulbe. Il entre à l'hôpital. Il est opéré le 20 Septembre 1932.

Anesthésie générale à l'éther. On trouve juste sous le pylore, sur le versant duodénal une cicatrice rétractée comme une pièce de 1 franc. On fait une duodénosphinctérectomie. On place 4 pinces de Chaput pour encadrer le fragment enlevé. Toute la partie antérieure du pylore est enlevée. On a une brèche large de huit centimètres. Puis on fait une suture totale en surjet et un surjet séro-séreux. La suture de la paroi est difficile. On laisse un drain et une mèche

Les suites opératoires sont bonnes. Le malade a été revu en Mars 1933 et Septembre 1934. Il a suivi un régime assez sévère au début. Maintenant il mange de tout et a engraisé de 5 kg.

OBSERVATION II

Monsieur F. B..., est entré à l'hôpital le 4 Octobre 1932 pour troubles gastriques et signes évidents d'ulcus. Les douleurs surviennent une heure ou deux après les repas. Il n'a jusqu'ici suivi aucun traitement. L'examen radiographique montre la présence d'un ulcère pylorique.

Le malade est opéré le 15 Octobre 1932. Anesthésie générale à l'éther. On trouve un gros ulcus calcaireux pré-pylorique.

Duodénosphinctérectomie. Les suites opératoires sont médiocres. Le malade est très affaibli. Il sort néanmoins de l'hôpital deux mois après l'intervention. Il a été revu plusieurs fois en 1932 et 1933. Il ne souffre plus et depuis sa sortie de l'hôpital il mange de tout. Son poids n'a pas varié.

OBSERVATION III

Madame L..., âgée de 50 ans, est entrée à l'hôpital le 15 Novembre 1932. C'est une malade très amaigrie. Elle nous dit être maigrie de 15 kg. Ses antécédents gastriques sont très nets. Elle est soignée depuis

longtemps. N'ayant jamais voulu accepter l'intervention, elle a été soumise a un régime très sévère. Avant son entrée à l'hôpital, elle était au régime lacté exclusif depuis deux mois. Son état ne s'était d'ailleurs nullement amélioré.

L'intervention, pratiquée le 18 Novembre 1932, sous anesthésie générale à l'éther, montre un ulcère de la face antérieure du pylore. On fait une duodénosphinctérectomie.

Les suites opératoires sont bonnes. La malade est revenue plusieurs fois à l'hôpital ; elle est complètement transformée. Nous avons eu personnellement l'occasion de la revoir en 1936.

Elle mange absolument de tout depuis son intervention. Elle a repris ses occupations et a engraisé de 17 kg.

OBSERVATION IV

Monsieur J. W..., âgé de 30 ans est entré à l'hôpital le 7 Décembre 1932. Il avait des crises douloureuses fréquentes et avait maigri considérablement. Il était envoyé par son médecin avec le diagnostic d'ulcère de l'estomac. L'examen radiographique qui avait été pratiqué auparavant, faisait penser qu'il s'agissait d'un ulcère de la petite courbure placé très haut. Il est opéré le 12 Décembre 1932. En réalité, à l'intervention, on ne constate pas d'ulcère sur la petite courbure ; mais, par contre, il existe une induration très nette sur la face antérieure du pylore.

On fait une duodénosphinctérectomie. La partie réséquée du pylore présente en effet un ulcère d'une surface d'une pièce de 1 franc environ.

On refait la paroi par deux sutures au fil de lin avec des fils d'appui et recouverte par une épiplooplastie.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes mais le malade a été perdu de vue.

OBSERVATION V

Monsieur A. H..., âgé de 43 ans, est venu à l'hôpital le 22 Mars 1933. Ses douleurs remontent à 5 ans. Il a eu récemment une série de crises extrêmement douloureuses et c'est ce qui l'a décidé à accepter l'intervention. La radio montre un ulcère pylorique. L'intervention est pratiquée le 5 Avril 1933, sous anesthésie générale à l'éther. On voit une étoile blanche au niveau du pylore. Bien que ce dernier soit profond et peu extériorisable, on tente l'intervention du Professeur GOSSET. Cela saigne beaucoup. Le duodénum laisse couler un peu de liquide et les sutures sont difficiles à exécuter parce que le foie est fort gênant et le thorax volumineux. On s'efforce de faire une suture totale enfouissant bien la muqueuse, puis suture séro-séreuse et épiplooplastie. Les suites immédiates et lointaines sont excellentes, malgré les difficultés opératoires. Le malade a été revu 3 mois après en 1934 et en 1935. Il n'a plus jamais arrêté

son travail qu'il devait interrompre souvent avant l'intervention. Son poids est passé de 54 à 69 kg.

OBSERVATION VI

Monsieur R. G..., est âgé de 56 ans. Il est entré à l'hôpital le 27 Mai 1933. Il souffre depuis longtemps de l'estomac, mais depuis trois mois, il a des douleurs presque continues et très violentes. La radio montre un ulcère pylorique. Il est opéré le dix-sept Juin 1933 sous anesthésie générale à l'éther. On trouve des adhérences épiploïques dans la région pylorique. On libère soigneusement ces adhérences et ont fait l'hémostase. On aperçoit alors sur la face antérieure du pylore une cicatrice blanchâtre qui rétrécit le pylore de telle sorte que l'on a l'aspect typique en sablier. Le rétrécissement cicatriciel est assez serré. On pratique alors une duodénosphinctérectomie antérieure par le procédé habituel.

Les suites opératoires sont excellentes. Nous avons revu le malade à plusieurs reprises et à plusieurs mois d'intervalle. Il mange de tout, a repris, nous dit-il, plusieurs kilos.

OBSERVATION VII

Monsieur J. H..., âgé de 30 ans, est entré à l'hôpital le 5 Août 1933. C'est un malade qui a déjà été opéré de l'appendicite il y a deux ans. Depuis un an

environ, il a des crises très douloureuses à intervalles rapprochés. Il vomit souvent. La radio montre un ulcère pylorique.

A l'intervention, pratiquée le 18 Août 1933, on trouve un petit ulcère sur la face antérieure du pylore et on pratique une duodénosphinctérectomie suivant le procédé habituel. Le malade se remet très vite et quitte l'hôpital en excellent état. Il est revenu nous voir et nous a dit qu'il avait dû suivre un régime assez sévère peu après sa sortie de l'hôpital. Puis son état s'est amélioré progressivement. Huit mois après l'intervention, il ne souffre plus et mange de tout. Son poids est demeuré stationnaire.

OBSERVATION VIII

Madame P. M..., âgée de 27 ans, est venue à la consultation en Novembre 1933. Elle accuse des douleurs gastriques depuis plusieurs années. Ces douleurs n'ont pas été améliorées par un régime sévère.

La radiographie montre des signes indirects d'ulcus pylorique, avec contractions spasmodiques et passages accélérés. Pas de rétention, pas de signes de stase. L'état général est assez satisfaisant et l'amaigrissement léger. Pas de vomissements. En résumé, il s'agit surtout d'un syndrome douloureux. On intervient le 25 Novembre sous anesthésie générale à l'éther, après scopolamine morphine.

On trouve un estomac non dilaté, d'apparence normale. La région duodéno-pylorique est conges-

tionnée ; on ne trouve pas d'adhérences. La vésicule est saine. L'ulcus est situé sur la partie antérieure du pylore. On aperçoit très nettement deux ulcérations à fond granuleux. On fait la résection de la portion sur laquelle sont situées ces deux ulcérations. La continuité est rétablie en deux plans au fil de lin. Les sutures sont complétées par une épiplooplastie.

Les suites opératoires sont normales. La malade n'a été revue qu'une fois six mois après l'intervention. Elle mange de tout et ne souffre plus.

OBSERVATION IX

Monsieur J. F..., âgé de 30 ans, est venu à l'hôpital en janvier 1934. Il souffre de l'estomac depuis plusieurs années. Mais depuis plusieurs mois, ses douleurs ont augmenté très sensiblement. La radio n'est pas précise. Il est opéré le 26 Janvier 1934. L'estomac est petit, fixé au foie par des adhérences épiploïques qu'on libère soigneusement. L'examen du pylore montre une induration à la limite du pylore et du duodénum. A ce niveau, on constate une étoile blanchâtre, et on enlève l'ulcère par l'intervention du Professeur Gosset.

Les suites opératoires sont bonnes. Le malade sort de l'hôpital et il est venu nous revoir plusieurs fois au cours de l'année 1934. Il a repris plusieurs kilos et ne souffre absolument plus.

OBSERVATION 10

M. J. M..., âgé de 36 ans, caviste Il est soigné par son médecin depuis longtemps pour crises gastriques. Il vomit assez fréquemment. Il a maigri considérablement. Sa tension est basse : 11-7 1/2. A la radio, on trouve un ulcère de la petite courbure.

Il est entré à l'hôpital en mars 1934. On l'opère le 24. Anesthésie générale à l'éther. On trouve un estomac dilaté, rempli de gaz. On ne voit rien de visible sur le duodénum; mais le pylore est induré. On fait une duodénosphinctérectomie suivant la technique habituelle, et le malade se maintient pendant un an, mais il est revenu à l'hôpital à la fin de 1936 avec des crises douloureuses qui ont nécessité une nouvelle intervention. On s'est décidé à pratiquer une gastrectomie. Actuellement la situation est satisfaisante, mais il est à noter que ce malade, caviste, se trouve dans une situation assez fâcheuse. Comme caviste, il travaille dans une maison de champagne qui fournit à chacun de ses ouvriers travaillant dans les caves, deux litres de vin par jour, à consommer sur place. Ceci dans le but que les ouvriers ne soient pas tentés par le champagne qu'ils manipulent du matin au soir.

OBSERVATION 11

M. L. S., âgé de 28 ans. Il est entré à l'hôpital le 8 mai 1934. C'est un chauffeur de taxi qui a dû inter-

rompre son travail. Il souffre depuis un an et demi. Il vomit fréquemment et a considérablement maigri. La radio montra un ulcère juxtapylorique. Il est opéré le 15 mai 1934, sous anesthésie générale à l'éther. On trouve à l'intervention un ulcère de la face antérieure du pylore gros comme une pièce de un franc. Intervention du Professeur GOSSET. Les suites opératoires sont excellentes. Le malade est venu nous revoir une fois seulement depuis sa sortie de l'hôpital, il nous a dit que son état s'était nettement amélioré. De temps à autre, il a encore une digestion pénible; mais il ne vomit plus, il a repris 2 kilogs et n'a plus interrompu son travail.

OBSERVATION 12

M. R. D., âgé de 47 ans, est entré à l'hôpital en août 1934. Depuis de longues années, il souffre de l'estomac. Ses douleurs sont devenues intolérables et les vomissements de plus en plus fréquents. Pas d'hématémèses. Amaigrissement considérable.

Il a subi un examen radiologique avant son entrée à l'hôpital. La radio montre un ulcère de la petite courbure.

Il est opéré le 16 août. Anesthésie générale à l'éther. On trouve en effet sur la petite courbure, juste au niveau du pylore, une cicatrice blanchâtre correspondant à un ulcère induré, gros comme une pièce de un franc.

On supprime quelques adhérences entre la première portion du duodénum et la vésicule.

On fait une duodénosphinctérectomie suivant la technique habituelle. Suites opératoires bonnes. Le malade se remet rapidement. Mais depuis sa sortie de l'hôpital, il n'a pas été revu.

OBSERVATION 13

Mme R. V., âgée de 28 ans, entrée à l'hôpital en octobre 1934, est soignée depuis deux ans pour crises gastriques. Les vomissements sont fréquents. Elle a toujours hésité devant l'intervention qui lui a été proposée par son médecin. Elle s'est contentée de suivre un régime qui ne l'a guère améliorée.

Elle s'est décidée cette fois à entrer à la clinique chirurgicale, et on pratique un examen radiologique qui montre très nettement un ulcère pylorique. Son état général est médiocre.

Elle est opérée le 26 octobre; anesthésie générale à l'éther après scopolamine morphine.

On trouve au niveau du pylore, sur la face antérieure, une cicatrice blanchâtre répondant à un ulcère induré. La vésicule biliaire est blanche. On fait une duodénosphinctérectomie. Suites opératoires normales. La malade quitte l'hôpital, nous avons eu l'occasion de la revoir plusieurs fois, récemment encore. Elle a eu encore quelques digestions pénibles après sa sortie de l'hôpital. Son état s'est amélioré

progressivement; maintenant elle mange de tout et elle a repris 6 kilos.

OBSERVATION 14

M. P. R., âgé de 31 ans. venu à l'hôpital en novembre 1934. Il souffre de l'estomac depuis un an 1/2. Pas de vomissement, mais ses douleurs augmentent d'intensité, survenant deux heures après le repas environ. Il présente des signes cliniques évidents d'ulcère. La radio ne donne pas grand'chose. On intervient néanmoins le 26 novembre. Anesthésie générale à l'éther. On trouve un ulcère de la face antérieure du pylore qu'on enlève par duodénosphinctérectomie.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes. Le malade a été revu une fois seulement par hasard, au cours de l'année 1935. Il n'accuse plus aucune douleur, ses digestions sont faciles, et il a grossi de 3 kilos.

OBSERVATION 15

M. L. S., âgé de 34 ans, vient à l'hôpital en février 1935. Il a des crises douloureuses gastriques qui se rapprochent de plus en plus. Il vomit fréquemment. Il a maigri beaucoup. La radio montre une déformation de l'antrum pylorique.

On l'opère le 23 février. Anesthésie générale à

l'éther. On trouve un ulcère de la face antérieure du pylore. Intervention habituelle. L'estomac saigne facilement. Suites opératoires immédiates médiocres. Cependant le malade quitte l'hôpital. Il est revenu à plusieurs reprises donner de ses nouvelles. Son état est excellent. Il mange de tout, a repris son travail, engraisé de 4 kilos et il n'a plus que très rarement une digestion pénible.

OBSERVATION 16

M. M. G., entré à l'hôpital en avril 1935, présente des troubles gastriques remontant à la période de la guerre.

Il est pensionné à 10 % pour éclat d'obus à la main.

Ses crises gastriques sont devenues plus douloureuses et on pratique une duodénosphinctérectomie pour enlever la face antérieure du pylore.

Il a été nettement amélioré pendant 1 an 1/2. Mais ses crises douloureuses ont reparu avec regurgitations acides.

On a dû intervenir à nouveau en janvier 1937 et pratiquer une gastrectomie.

OBSERVATION 17

Mme T. R., 28 ans. C'est une malade qui vient à l'hôpital en juin 1935 et qui souffre depuis 1 an de l'estomac. Elle a des vomissements de plus en plus répétés depuis 6 mois environ.

La radio montre un ulcère juxtapylorique, et on intervient le 2 juillet 1935. Anesthésie générale à l'éther après scopolamine morphine. On trouve un ulcère de la face antérieure du pylore. Intervention habituelle. Suites opératoires très bonnes. La malade a été revue en 1935 et 1936; elle nous a dit être guérie et manger de tout. Elle ne souffrait plus.

OBSERVATION 18

M. R. H., âgé de 45 ans, entré à l'hôpital le 3 octobre 1935, présente des accidents qui remontent à 4 ans. Il a maigri considérablement : plus de 10 kilos. A la radio, on voit un ulcère de la petite courbure. Il est opéré le 15 octobre 1935. On trouve un gros ulcère calleux de la face antérieure du pylore. intervention habituelle.

Un examen histologique est pratiqué qui ne montre pas de dégénérescence.

Les suites opératoires sont bonnes. Le malade a été revu un an après; son état est excellent; il a repris 13 kilos. il mange de tout et travaille comme garçon livreur.

OBSERVATION 19

M. D., 46 ans. C'est un malade qui a été opéré d'urgence en 1934 pour perforation d'ulcère de la face antérieure de l'antre pylorique.

Il revient à l'hôpital le 5 janvier 1936 pour crises gastriques douloureuses. La radio ne montre pas d'image caractéristique d'ulcère. Hiperkinésie ; le bulbe est pour ainsi dire invisible.

L'intervention est pratiquée le 14 janvier 1936, après scopolamine morphine. On fait la résection de la cicatrice cutanée. Ouverture prudente du péritoine; il existe en effet des adhérences qui saignent beaucoup. Il semble que l'épiploon ait été relevé sur la face antérieure de l'estomac. On arrive à dégager le foie, l'estomac, le pylore et le duodénum. La vésicule est bleue. L'estomac est dilaté. Sur le pylore, on voit une cicatrice étoilée blanchâtre, trace de l'ulcère perforé et suturé. Duodénosphinctérectomie suivant la technique habituelle. On enlève un bon fragment du pylore. La continuité est rétablie par des sutures au fil de lin, surjet sur la muqueuse, surjet sur la musculuse et sur la séreuse. On complète par une greffe épiploïque libre.

Les suites opératoires immédiates et lointaines sont très bonnes. Le malade a été revu plusieurs fois au cours de l'année; il a repris ses occupations, mange de tout. Ses digestions sont normales et il a repris 3 kilos.

OBSERVATION 20

M. J. F., 26 ans, présente des douleurs gastriques à caractères typiques d'un ulcère gastrique. Il est venu à l'hôpital en février 1936. Il souffrait depuis

deux ans. La radio montre une déformation permanente du bulbe duodénal qui présente une encoche à contours irréguliers sur sa grande courbure.

On intervient le 20 février. Anesthésie générale à l'éther, après sonéryl par voie buccale (2 comprimés la veille et 2 comprimés le matin), on trouve quelques adhérences qu'on libère. La vésicule est saine. A l'exploration, on constate une étoile blanchâtre sur la face antérieure du pylore et on décide de faire une duodénosphinctérectomie suivant la technique habituelle. Les suites opératoires sont normales, sans incident notable; le malade a été revu tout récemment. Il ne souffre plus, mange de tout et a repris une partie du poids qu'il avait perdu.

OBSERVATION 21

M. L. P., âgé de 33 ans, est entré à l'hôpital en juin 1936. C'est un malade très affaibli qui a maigri considérablement. Vomissements abondants et fréquents. La radio ne donne pas de résultat bien précis. On intervient le 26 juin. Anesthésie locale, après scopolamine morphine. On donne néanmoins quelques bouffées d'éther. L'estomac est fixé au foie par des adhérences qu'on libère. On trouve une cicatrice blanchâtre sur la face antérieure du pylore et on fait une duodénosphintérectomie. L'ulcère est gros comme une pièce de 50 centimes. Suites opératoires bonnes. Malade revu deux fois. Il a repris du poids. Et il a rarement une digestion pénible.

CONCLUSIONS

En dépit des multiples travaux contemporains, des belles recherches expérimentales si curieuses de WEISS et de GURRIARRAN, des publications de LERICHE et FONTAINE ou d'ARON, on n'a pu établir jusqu'ici la pathogénie exacte de l'ulcère gastrique ou duodénal.

Cet ulcère est très souvent pylorique, siégeant soit sur le versant gastrique, soit sur le versant duodénal du pylore.

Le traitement médical demeure bien décevant. Aujourd'hui encore il doit être du ressort de la chirurgie.

La thérapeutique chirurgicale de l'ulcère pylorique reste controversée entre les partisans de la gastrectomie, et ceux qui restent fidèles à la vieille gastroentérostomie de Von HACKER, intervention simple, bénigne, qui depuis longtemps a fait ses preuves dans les deux tiers des cas.

Mais, ce qu'on sait de la physiologie normale et pathologique du pylore doit inciter logiquement le chirurgien à tenter comme JUDD et le Professeur GOSSET, une intervention rationnelle, limitée à l'ulcère et au pylore lui-même.

La duodénosphinctérectomie antérieure permet à

la fois d'enlever la lésion visible, et en même temps, de supprimer la cause du spasme et de la contracture pathologique, en réséquant la moitié antérieure du sphincter pylorique.

Les différentes pyloroplasties utilisées depuis longtemps se bornaient à sectionner le pylôre. Elles étaient le plus souvent inefficaces. Comme l'a montré le Professeur GOSSET, la section ne suffit pas. Il faut réséquer au moins la moitié antérieure de l'anneau musculaire.

Dans les cas d'ulcère récent, non calleux, lorsque le duodénum est mobile, non fixé dans la profondeur, *la duodénosphinctérectomie antérieure* pratiquée selon la technique élégante du Professeur GOSSET, est une intervention aisée, bien réglée, particulièrement rapide et bénigne.

Dans la plupart des observations que j'ai pu recueillir, elle a donné des résultats éloignés satisfaisants.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BABKIN. — Modes of stimulation of the gastric secretion. *Nature*, 1934, 11, 1005.
- BALFOUR. — Factors governing the results of surgical treatment of duodenal ulcer. *Annals of Surgery*, 1935, vol. 102.
- BASCH. — Valeur comparative des différents traitements chirurgicaux des ulcères gastro-duodénaux. *Prensa Medica Argentina*, n° 10, mars 1933.
- BECKER. — Pharmakologische Untersuchungen am menschlichen Magen. *Dtsch. Arch. Klin. Med.*, 177, 115-120 (1935).
- BLOCH et RACHET. — Le traitement chirurgical des ulcères gastroduodénaux par la gastrectomie. *Revue de Chirurgie*, Paris 51, décembre 1932.
- BREUDOLAN. — Considérations sur 44 cas d'ulcère pyloroduodénal traités par la duodénosphinctérectomie. *Riv. di Chirurgia*, mars 1935.
- BUREAU. — Traitement chirurgical des ulcères gastroduodénaux. *Journal Médical Français*, novembre 1935.
- CAHANE T. — Recherches sur la localisation du centre stomiacal dans les noyaux de pneumogastrique. *Vol. jubilaire en l'honneur de Parhon*, 119-125 (1934).
- CARDINAUD Roger. — *Thèse de Bordeaux* n° 153, 1934: Traitement Chirurgical des ulcères gastroduodénaux.

- CERQUA. — The part played by the splanchnic innervation in the emptying time of the stomach. *J. of physiol.*, 84, p. 232-249 (1935).
- CHIASSEIRINI. — Gastro-duodenal resection as a systematic treatment of duodenal ulcer. *Annals of Surgery*, 1934, p. 172.
- CRISLER G. E. van LIERE and I. WILES. — The mechanism of the delay in gastric emptying time caused by anoxemia. *Amer. J. digest. Dis. a. Nutrit.*, 1, 221-224 (1935)
- CUSHING. — Peptic ulcer and dienzephalon surg. gynaeck. and obst. July 1932.
- DEAVER and BURDEN. — Further experience with resection of the anterior half of the pyloric sphincter. *Annals of Surgery*, 1930, t. 92, p. 533.
- DRAGSTEDT. — Some physiological principles involved in the surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. *Annals of Surgery*, 1935, p. 563.
- FAROY. — Ulcère juxtapylorique et hypotension artérielle. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, 289, mars 1930.
- FINNEY et HAURAHAN. — Results of operations for chronic gastric and duodenal ulceration. *Annals of Surgery*, 1930, t. 92.
- GOLDHAMER S.M. — Blood changes following gastrectomy in monkeys. *Proc. Soc. exper. Biol. a. Med.* 32, 310-312 (1931)
- GOSSET et LOEWY. — Duodéno-sphinctérectomie antérieure. *J. de Chirurgie*, n° 5, nov. 1932, t. XL.
- GOSSET et LERICHE. — L'ulcère peptique post-opératoire. *XL^e Cong. français de chirurgie*, Paris, 5-10 octobre 1931. *La Presse Médicale*, 10 octobre 1931.
- Traitement de l'ulcère peptique post-opératoire. *Journal de Chirurgie*, n° 4, octobre 1931.

- HORSLEY. — The immediate mortality and late results of operation for gastric and duodenal ulcers. *Annals of Surgery*, 1930, t. 92, p. 545.
- JUDD E.-S. — Pathogenesis of gastric and duodenal ulcers. (*Tr. coll. physicians*, 49, 154-166, 1927).
- Pyloroplasty: its place in the treatement of peptic ulcer. *Annals of Surgery*, 1934, p. 196.
- Jejunal ulcer. *Annals of Surgery*, 1935, p. 1003.
- History of development of surgery for peptic ulcer. *Minnesota med.* 18, 351-354, June 1935.
- JUDD et HAZELTINE. — The results of operations for excision of ulcer of the duodenum. *Annals of Surgery*, 1930, t. 92.
- JUDD et NAGEL. — Duodenitis. *Annals of Surgery*, 1927, t. 85, p. 380.
- JUDD et PROCTOR. — Multiples gastric ulcers. *Med. J. A. Rec., New-York*, 1925, CXXI, p. 93.
- KAWANA, MASAYOSHI. — Ueber den Einfluss der Phrenicusexairese auf die Magenfunktion. *Soc. Med. Chiba*, 13, fasc. 1 et 2, 1935.
- LANDON. — The gastric ulcer-cancer problem. *Annals of Surgery*, 1935.
- LANGERON, PAGET et DANÈS. — Action des extraits post-hypophysaires sur la sécrétion gastrique. *C. R. Soc. Biol.*, Paris, 121, 33-35 (1936).
- LARDENNOIS. — Résultat de la résection pour ulcère gastrique et duodéal. *VII^e Congrès de la Soc. Int. de Chir.*, Varsovie, 1929.
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique Chirurgicale*, tome III, Masson, Paris, 26.
- LERICHE. — Examen critique des idées actuelles sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux en fonction de nos connaissances sur l'histophysiologie gastrique. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* n° 5, 16 nov. 1929, p. 233.

- LERICHE et GOSSET. — L'ulcère peptique post-opératoire. XL Cong. français de Chir., Paris, 5-10 octobre 1931, *Presse médicale*, 10 déc. 1931.
- Traitement de l'ulcère peptique post-opératoire. *Journal de Chirurgie*, n° 4, octobre 1931.
- Vésicule ou duodénum. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 18 février 1914, p. 248.
- L'ulcère peptique du jéjunum. *Presse Médicale* 1906, p. 525.
- LIERE, CRISLER, ROBINSON. — Effect of anoxemia on the emptying time of the stomach. *Arc. int. Med.* 51, 796-99 (1933).
- MEEK et HERRIN. — The effect of vagotomy on gastric emptying time. *Amer. J. Physiol.* 109, 221-231 (1934).
- MERKLEN, ISRAËL, FROEHLICH. — De la sécrétion gastrique chez les gastrectomisés. *Presse Médicale* 1935, I, 257-258.
- Rapports au VIII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie*, Varsovie 1929.
- SATO, SHIZUKA. — Ueber die Wirkung des Adrenalins auf den Magenzustand. *Tohoku J. Exper. Med.* 27, 448-464 (1935).
- SATO, SHIZUKA. — Ueber die Wirkung des Morphins auf den Magenzustand. *Tohoku J. Exper. Med.* 27, p. 465-472.
- W. SCOTT. — The possibility of malignancy as it affects the treatment of chronic gastric ulcer. *Annals of Surgery*, 1935, p. 586, vol. 102.
- SPERANSKAJA-STEPANOWA. — Ueber die Sekretion der Fundusdrüsen nach der Entfernung des Pylorus. *Fiziol. Z.* 18, 971-972 (1935).

- STROPENI, LUIGI. — La physio-pathologie de l'ulcère gastro-duodénal comme base pour le choix de la méthode chirurgicale de traitement. *La Clinica Chirurgica*, M. A. An. XI (XXXVI) fasc. 6, juin 1933.
- WESTERMANN — Surgical aspect of bleeding gastric and duodénal ulcer. *Annals of Surgery*, 1935, p. 1377.
- WILHEMJ, HEINRICH et PILL. — A study of the intra-gastric factors in the regulation of gastric acidity. *Amer. J. Physiol.*, 110, 251-260 (1934).
- WOROBJEV et VOLBORTH. — Ueber die Bedeutung des Pylorus für die Tätigkeit der Fundaldrüsen. *Fiziol. Z.* 17, 1920-91 (analyse allemande) 1934.
- ZANASI V. — Ormoni e motilità gastrica. *Gior. Clin. Med.* 15, 1659-1669, 1934

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
I. — La gastroentérostomie et la résection gastrique. Avantages et inconvénients comparés des deux méthodes	11
II. — Quelques données physio-pathologiques dans l'ulcère gastro-duodénal	17
III. — Le spasme pylorique et l'hyperacidité	21
IV. — L'ulcère	23
V. — Essai de synthèse	25
VI. — Technique de la duodénosphinctérectomie	29
VII. — Valeur pratique de la duodénosphinctérectomie	35
OBSERVATIONS	39
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



